

【論 文】

## 医療・介護サービスにおける患者、 利用者満足に関する論点整理

保 田 宗 良

### 要旨

地域医療の質的向上は、医療機関の患者満足度を高めることが1つの軸となる。そのためには医療サービスを円滑に進める組織を構築しなければならない。医療と介護はセットでサービスを設定し、満足度を高める必要がある。医療と福祉が理解できるスタッフを確保し、多職種連携を進めれば不満は確実に減少する。医師の働き方改革が求められているが、他の職種の改革も患者、利用者の満足度と確実に関連する。

キーワード 患者満足、組織改革、情報共有、多職種連携、働き方改革

### 1 はじめに

地域医療の質的向上を検討する際には、多くのアプローチが存在する。社会科学の視点で検討する際には幾つかの検討課題があげられるが、医療機関の利用者の満足度を高めるという目標が失念できない。他のサービス業と異なり利用者は分かる範囲が制限されている。ホテルの利用者であれば費用対使い勝手を考慮して満足度が確定する。医療の場合は3割負担の場合コスト意識が低下し、医療制度が不明であるので、価格に対する不満が生じにくい。高齢者の患者は医療サービスと介護サービスをセットで受けており、医療と介護は連結した複合サービスとして研究が進められている。

医療と介護は診療報酬、介護報酬に規定される。2018年度の診療報酬改定は6年に一度の介護報酬改定と重なった。地域包括ケアシステムを見据えた規定がなされ、診療報酬は働き方改革を見据えたものとなっている。地域包括ケアシステムは、地域ごとに異なるデザインが要されるが、診療報酬、介護報酬は全国一律に適応される。そうした条件のもとで医療サービス、介護サービスを進めていくことが経営者の課題となっている。

筆者が方法論として考えてきたサービス・マーケティングからの分析は、研究が蓄積しつつある。患者を医療消費者として捉え、情報の非対称性に接近する研究も実在する。しかしながらそうした研究の蓄積を土台として、これからの高齢社会にどのように臨み、満足度を維持すれば良いのかという研究は、今後の展開が期待されている。医療と介護をセットで考え、更に福祉サービスを加え

て地域の枠組みで検討しなければならない。

現在、多くの医療機関が患者満足度調査を行い、結果をホームページに公表している。取引先の医薬品卸に満足度調査を依頼し、調査を進めている医療機関と自力で調査を進めている医療機関があり、形式は様々であるが患者の満足度向上を重要視していることは共通である。

患者の満足度調査を慎重に考察して、組織の改善につなげるためには組織改革が必要である。多くの医療機関がホームページで結果を公表しているが、病院内に結果を掲示しているところは限られている。事務部門で改善策を検討しても現場が受け入れ、改善案を考案し、現場の担当者が実践しなければ意味をなさない。

医療機関が部署毎の部分最適を考案するのは、定期的なミーティングで可能であるが、部分最適の和は全体最適にはならず、病院長が強いリーダーシップを発揮し全体最適を考案しなければならない。全体最適は、他の医療機関との連携も視野に入れなければならない。回復期は他の医療機関に転院して治療を進めるということが、現在の治療の在り方である。シームレスに転院できるか否かが満足度に含まれている。

医療は信頼属性が大きく働く。まず安全管理が担保されなければならない。品質管理の手法である5Sの導入が医療マネジメントの研究テーマとなるが、安全管理が担保されないと患者満足度向上の根底が崩れることになる。

患者は、外来、入院の際利用する医療機関だけを評価するとは限らない。症状が落ち着いて通院治療になると、自宅近くの医療機関を利用することがある。この場合、紹介先の医療機関の満足度が追加する。診察時間が長く、土曜日も見てもらえるところが満足度を左右する。退院後、患者の利便性が良い医療機関に通院する際は、調剤薬局も利便性が高いところを利用する。その場合円滑に診療、薬歴のデータが送信され、シームレスに服薬指導が継続することが望まれる。

自宅、あるいは介護施設で治療を継続すると、医療と介護をセットで考える在宅医療サービスの質的向上が満足度の維持に求められる。かなり多くの実務者がチームを組む多職種連携が基本になる。福祉の実務家との協働作業が始まり、チーム内の情報共有の仕組み作りが求められる。

社会福祉の分野で、医療福祉の研究が進み医療ソーシャルワーカーの活用が展開されている。社会福祉士の有資格者である医療ソーシャルワーカーは、医療機関に所属しているので医療の現場を良く知っており、また社会保障制度といった社会福祉にも精通している。

吉谷氏のチームは九州大学病院医療連携センターの患者支援室の現状を顧みて、多職種連携の必要性を報告している。苦情の多くは、患者・医療者間の意思疎通に起因しており、相談に懇切丁寧に対応することが医療訴訟の減少や患者満足度の向上につながるとしている。(吉谷 ほか 2018)

何か相談を受けたときには、医療ソーシャルワーカーが窓口となり対応するが、多職種連携が機能しないと対応できないという事例紹介から、1つの医療機関の中でも多職種連携が患者満足度と直結することを示唆している。連携は他の職種の人と同じレベルの情報を有することで円滑に進む。医療ソーシャルワーカーが窓口となっている医療機関の場合は、医療ソーシャルワーカーが患者と

対処し問題点を究明する。患者、医療者間の意思疎通が原因であれば、その患者と関わるすべてのスタッフが問題の所在を究明しなければならない。職種が異なれば理解が異なり、必要以上の要求と捉えることが存在する。多職種の共通の認識が求められる。

地域包括ケアシステムは、まちづくりのデザインとして捉えられる。高齢者を地域で見守ろうという姿勢が根底にある。地域の高齢者を見守る際には地域包括支援センターの存在が大きく、その際、社会福祉士、看護師、保健師の連携が不可欠となり、背景が異なる実務者間の円滑な意思疎通が求められる。看護師は医療機関のスタッフと連絡を取り、高齢患者の治療を検討する。患者の満足度は、担当の看護師の行為にとどまらない。

医療従事者の長時間労働が問題視されている。地域医療は医師のサービス残業の犠牲により成立しているという例えがある。現在議論が進んでいる働き方改革を医療職、介護職に対応して組織変革を試みる研究が失念できない。医療職、介護職がオーバーワークでは地域住民の医療、介護の質は維持ができず、利用者の期待に応えられなければ確実に満足度が低下する。患者満足度は従業員満足と連動し、働き方の見直しと直結する。

医療は、大方多職種のチームで進めているが、病院の組織は医師に権限が集中している。池上氏は病院組織を「複雑・安定」と称している。多様な患者に対応するので複雑であるが、実働部の各医師が持っている標準的な技能で対応できるので安定している。医師に裁量権を持たせることで病院は複雑な業務に対応している。その結果、病院の収益と費用のほとんどは医師によって発生するので、組織の権限は実働部の医師に集中している。(池上 2018)

医師が必要と判断すれば費用対効果が疑問視されても、治療が進められる。患者満足度は気になるが、医師が患者の理解不足と判断すれば、クレームは他のスタッフが対応する。治療の方針を決めるのは医師であり、医薬品の処方箋を書けるのも医師のみである。権限が集中しているゆえに責任が重く、オーバーワークが常態となっている。クレームを事務部門が受けて善処を試みても、医師が勤務に余裕がなければ改善がなされにくい。

本稿では、こうした医療、介護の背景を網羅して患者、利用者満足度に関して複数の論点を考察する。

## 2 医療・介護の患者、利用者満足

### ①主要先行研究のレビュー

医療における患者満足度は、他のサービス業とは異なる性質がある。石橋氏と河合氏は、社会福祉サービスの利用者満足度を考察しているが、その中で医療における患者満足度について言及している。

患者は医療の質は適切に評価するための科学的、専門的知識が乏しく、客観的評価を冷静に下しがたい身体的、精神的状態にある。看護、検査、指導、治療といった出来事が速い速度で起こっているので、客観的、包括的に見るのが難しい。医療提供者と患者では、治療の目標が異なっている。

時には患者の要望は医師の優先順位の低いことがある。

患者による評価は、一定の条件さえ満たせば有効であり、医療提供者とは異なる視点から、異なる側面を、異なる基準で評価している。患者の満足度を測定した場合に、満足度が高ければ高い程良いということでは無く、患者が医療や医療提供者に何を期待し、患者が主観的にどのような医療を評価しているのかを、医療に組み入れることが有効な使い方である。(石橋・河合 2006)

患者満足度の評価は、医療組織の改善のために用いられる。調査の結果から医療従事者と患者が求めていることが異なることが分かる。医師は段階を経て治療を進めるが、患者は一時的でも良い体調を望むことがある。求めることが異なることを満足度調査から学ぶことは、医療サービスでは失念できない。

体調が良いとき記名式の自由記述を依頼し、そこに書かれている内容を精査し、医師、看護師、他の医療従事者ができることとできないことを患者に伝えることは、ズレを無くす基本的な方策である。そのためには専門の窓口を置き、医療ソーシャルワーカーのような仲介者を配置することが必要である。

患者はどのようなスキルに重きを置き、満足度を形成しているのかという研究が必要である。杉本氏 他は、診療所スタッフ（医師、看護師、医療スタッフ）のスキルが患者満足に及ぼす影響を研究している。同氏らの調査分析の結果、全疾患で医師のスキルは患者満足に影響を与え、患者満足は他者推奨意向を媒介して継続受診意向に影響を与えていた。

診療所では、院長などの経験によりマネジメントされていることが多く、患者満足を向上させるためには、マネジメントをより効率的に行うことが重要である。疾病の種類により患者満足の形成に相違がないかを明確にすることも不可欠である。しかしながら診療所を対象とした患者メカニズムに関する研究や、診療所の慢性疾患の特徴を捉えた患者満足度研究は稀有である。

杉本らの研究は、診療所の患者満足モデルの設定や、医師、看護師、その他の医療スタッフのスキルに注目した医療サービスを考慮し、疾患特性を視野に入れ、診察、治療に関わる医師、看護師、その他の医療スタッフを対象者として検証を試みている。(杉本 ほか 2018)

患者満足度を考慮する際には、クレームへの対応が要になる。大規模な医療機関では窓口や投書によりクレームを受け付けている。他のサービス業であれば気になることがあっても再度利用しないと決めれば、クレームを申し立てない。医療サービスの場合は、疾病の治療に関わるので細かいことでも申し立てる患者がいる。小さなクレームでも迅速に処理することが求められる。

患者は、長期間治療を続けて状況が変わらない場合、疑義が生じクレームとなることがある。医師、看護師から見れば説明済みのことが問題視されている。治療の効果が現れるのは患者の体調により異なるのが常である。患者及びその家族は説明の仕方が杜撰という見方をする。

また、医療と介護の患者満足、利用者満足には共通の要因が多数ある。

例えば、治療方法や介護計画が自分で選べないことに対する不満がある。理解が不能で家族に判断してもらう際には不満の余地が無いが、自力で判断が可能な場合は与えられた方法や計画に合わ



せることになる。インターネットや専門の雑誌で、医療や介護サービスを受ける者は多くの専門知識を入手する。医療及び介護は専門性が高いが情報公開が進んでいるので、情報格差は縮小している。自分の意見を取り入れてほしい場合でも与えられた方法や計画を選択することから始まる。

時には必要以上の治療、介護と考えられる事例があるが患者や介護を受けている者はお世話になっているという気持ちを有し、本心を申し出ることは難しい。そうしたことが蓄積されて大きな不信となる。医療と同様、介護職もチームで進めているがチームが上手く機能しないと不信となり、満足度は一気に低下する。医療チーム、介護チーム、医療サービス、介護サービスの利用者は情報交換が欠かせない。

森氏は、社会福祉法人理事長の立場で従業員の満足度を研究している。自身が理事長を務める社会福祉法人の従業員にアンケートを行い、介護職と管理職、介護職と看護職がチームとして機能していないことを把握した。介護サービスは多職種がチームとして機能することで成立するが、チームが上手く機能しなければ質の低いサービスしか提供できないことを明確にした。(森・渡邊 2019)

介護サービスは、従業員の離職率が問題になっている。短期で離職する人はチームのメンバーとして上手く機能しない。帰属意識が低い人はサービスの質に関心が乏しく、その結果利用者の満足度は低下する。従業員のモチベーションを高めることが、介護サービスの質の向上の基本である。

介護サービスが分かりにくいのは、利用者が受けられるサービスの範囲を理解しにくいことである。職員から説明を受けるが介護サービスの利用者はすぐに飲み込めるとは限らない。特別養護老人ホームや介護老人保健施設は、医師や看護師が配置されているが、老人ホームは医療機関ではないので医療行為は制限されている。

看護師は医師の指示を受けた医療行為のみ行える。規制緩和で介護福祉士が定められた医療行為を行えるようになったが、軽度の行為である。利用者から見れば受けられる医療サービスは物足りなく不満を有する。介護福祉士にとって医療行為は責任が伴いストレスを抱え込む。規制緩和は利便性を高めるが、マイナスの効果が発生する。

麻生氏は、病院の働き方改革を現場で実践しており、従業員満足、顧客満足、経営者満足を病院経営の柱と考えている。経営者満足を組み合わせたことが新視点である。3つの満足を3Sと称し、従業員満足度を高めることが3S向上の決め手と考えている。従業員満足度を高めると院内に明るさが出て、職場環境を改善できるテーマや問題点が見つけられることによる。(麻生 2018)

麻生氏の医療現場における経験をまとめた知見は、従業員満足度と顧客満足は連動しているという示唆である。一般的にESとCSは正の相関関係があると言われているが、現場の実態は把握しにくい。さらに経営者の満足を柱とした考察は稀少である。

## ②マーケティング思考の医療機関、介護施設について

マーケティング思考の医療機関は、医療従事者が患者のニーズを意識することを求めている。患者は待ち時間が長いと不満を有する。体調がすぐれない時長く待たされるのは不快なものである。

受診の時と会計の時に長く待たされると不満のレベルが大きくなる。待つことは致し方ないが、何らかの工夫が必要である。

久米設計・病院設計タスクチームは、患者の目線で病院建設に参加している。患者にとって使い勝手が良い病院とは何か。多くの経験、データを蓄積しており、病院設計に活用している。マーケティング思考の医療機関は、まず患者目線の建物設計から始まる。(久米設計・病院設計タスクチーム 2010)

医療サービスは、どこの病院で受けても治療内容が同じであれば、患者の負担は同じである。であるならば、スタッフが揃っている大規模な病院を受診するのが人の常である。会計を1時間待つことはよくあることであり、低料金で品種が多いカフェや、最新の雑誌が揃えてある図書コーナーがあると、患者の不満度は緩和される。

マーケティング思考の医療機関は、相手の立場を尊重する。待ち時間を示されれば、その間外出ができるし、帰宅時間の目処が立つ。プライバシーの確保も重要で、特に調剤薬局の服薬指導はプライバシーの担保が求められる。患者にとっては、他人に聴かれたくない服薬指導が実在する。自分の疾病名を他人に知られたくない患者が少なくない。

薬剤師が服薬指導をする際は、現在の症状を確認することから始まる。処方箋は処方薬が書いてあるのみで疾病については記されていない。医薬品の処方量が的確であるか否か、副作用があるか否かは患者に確認しないと分からない。熱心な薬剤師はデータベースを作成して服薬指導を行うが、熱心ゆえに他の患者の存在を失念する。そうした場合は奥のスペースや個室に誘導することが求められる。診療科も同様で、中待合室に入った後、看護師に誘導されて診察室に入ると、オープンスペースにおいてマイクで呼び出されるのでは、患者の受け止め方が大きく異なる。

マーケティング思考の医療機関、介護施設が患者目線、利用者目線になるためには、従業員が利用者のことを人ごとでは無く、自分事として考えることが欠かせない。自分が恥ずかしいと考えることは、利用者も恥ずかしい思いをする。多忙で対応が雑になることは、料金を頂いているプロには絶対に許されないことである。1度信頼を失うと、それを取り戻すことは容易ではない。

医療機関の宿命は、帰属意識が通常の企業と異なることにある。医師、看護師、薬剤師は自己研鑽、自己実現が可能な職場があればわりと容易に移動できる。従業員満足度が低ければ現在所属の医療機関にこだわらない。自治体病院の場合は事務職員の異動がある。患者の満足度が低くても異動が確定していれば、本気で改善に努めないことが想定される。

医療機関、介護施設が常に改善を試み、従業員満足、利用者満足を意識することが日常の姿勢になることが、マーケティング思考を意識した医療機関、介護施設と考えられる。かつては病院らしからぬ病院、介護施設らしからぬ介護施設が患者、利用者の満足度が高いと言われたが、従業員の負担が多すぎると他の組織に異動の傾向があった。ホテルと同等のサービスの病院は大きな話題を提供するが、医療従事者はかなりのストレスが強られる。

そうした過去の実態を踏まえると、医療機関、介護施設の働き方改革は、従業員の満足度と直結

し、そのことは患者、利用者満足度と関連し、地域医療の質の維持と大きく関わる。質の高い医療マーケティングを実践するためには、仕事の生産性を高め、自分の専門に特化し、多職種がシームレスに情報を共有し、患者、利用者が不満を有したら迅速に対応できる働き方が望ましい。

### 3 おわりに

医療と福祉は連動して考えるものであるが、看護師と福祉職のスタッフは背景の相違があり、そうした相違がシームレスを阻害していた。日本医療マネジメント学会では学会が認定した資格として、医療福祉連携士という資格を設けている。有資格者は、それぞれの持ち場で力量を発揮している。地域包括ケアシステムを円滑に遂行するためには、住民、病院、介護施設がシームレスに連携しなければならない。医療福祉連携士は、医療系科目、福祉系科目を受講しないと認定試験が受検できない。双方の専門知識が一定水準の受検者が資格を取得する。（日本医療マネジメント学会 HP）

多職種連携は連携を展開した協働が求められる。患者や利用者の満足度は在宅医療・介護サービスのチームの総和が影響する。その際、医療と福祉の双方の背景を良く知っているスタッフがいると全体最適を設定しやすい。

医療は感情労働であると言われている。患者の症状が常に変化し気を許すことができない。週80時間に達すると見られる研修医を指導する医師は、患者やその家族の満足度を顧みる余裕があるとは思えない。使命感で長時間勤務を続けている医師にとって、働き方改革を実質的に進めることは喫緊の課題である。

家族の延命治療は、医療者のアドバイスをもとに意思決定するが、その意思決定は葛藤が生ずる。回復する目処が無い場合、治療を続けるか否かの判断は大変苦慮する。アドバンストケアプランニング（ACP）という概念が、医療従事者の間で浸透している。

そこで問題となるのが、患者及び家族が得たインターネットや書物の知識の活用である。多くの患者たちは実質的な知識を修得している。しかし素人が得た情報収集は医師の専門の範疇とは大きく異なる。医師、看護師は多くの症例を経験しているが、患者や家族は限られた事例しか知らない。専門の学会で最新の情報を得ている訳ではない。納得のいく看取りは、医療従事者との情報共有が係わっている。

在宅医療にシフトすると、介護施設か自宅で天寿を全うする事例が増加すると想定される。本人の希望、家族の希望が守られたかが患者チームの満足度に大きく関わる。知らないことは要求しないし、満足に参入されない。

特別養護老人ホームの入所者の医薬品は医療保険から支払われる。従って施設側の持ち出しはありえない。しかしながら介護老人保健施設の入所者の医薬品は介護保険から支払われる。疾病の状態により高額な医薬品を使用すると施設の持ち出しとなる。入所者はそうした事実を知らないで施

設の努力を評価できない。

ウェブで医療機関の情報は入手できるが、専門用語は素人には分かりにくい。薬局に「地域連携薬局」と「専門医療機関連携薬局」が制定されたが、薬局関係者でも混乱しており、患者が理解するのは容易ではない。役割が分からなければ評価のしようが無く、満足度を検討する対象にならない。調剤薬局の前に名称が示されても、何を意味するのか不明であれば、ストレスが増加する。

看護師のやれること、介護職のやれることは、普通の利用者は分からない。訪問看護の看護師は医師の指導により看護を進めている。患者の希望をその場で意思決定はできない。福祉職の職員は支えることが職務であり、医療職のスタッフとは任務が異なる。それぞれの専門職が行う職務を利用者と確認して、患者、利用者と多職種連携のメンバーが「情報共創」を実施することが満足度を左右する。

地域医療、介護の質を維持し、患者、利用者の満足度と医療従業者、介護従事者の満足度を担保する働き方改革の策定が、強く求められている。医療保険、介護保険の財源は税金が使われている。働き方改革は、医療、介護従事者の人件費の活用方法に関連している。

## 文献

- 麻生泰（2018）『セル看護が医療現場を救う』日本経済新聞出版社、pp.108-117。
- 池上直己（2018）『医療管理—病院のあり方を原点からひもとく』医学書院、pp.28-38。
- 石橋敏郎・河合はるみ（2006）「社会福祉サービスに関する利用者満足度調査の意義とその問題点 —アメリカの事例を参考にして—」『アドミニストレーション』第13巻1・2号合併号、熊本県立大学総合管理学会、pp.37-44。
- 伊関友伸（2014）『自治体病院の歴史 —住民医療のあゆみとこれから』三輪書店。
- 岩崎晋也、岩間伸之、原田正樹編（2014）『社会福祉研究のフロンティア』有斐閣。
- 小磯明（2013）『医療機能分化と連携 —地域と病院と医療連携』御茶ノ水書房。
- 窪田昌行 ほか（2017）「地域包括ケアシステムに資する有床診療所の役割を踏まえた日本型CCRCの研究～医療法人健成会鹿子生整形外科医院の事例研究～」『医療福祉経営マーケティング研究』第12巻第1号、pp.31-38。
- 窪田好恵（2019）『くらしのなかの看護 重い障害がある人と寄り添い続ける』ナカニシヤ出版。
- 久米設計 病院設計タスクチーム（2010）『病院再生の設計力』幻冬舎、pp.17-20。
- 杉本ゆかり ほか（2018）「診療所スタッフ（医師・看護師・医療スタッフ）のスキルが患者満足に及ぼす影響 —慢性疾患患者別アプローチ—」『医療マネジメント学会雑誌』Vol.19, Num.2, 日本医療マネジメント学会、pp.49-58。
- 鈴木尚之（2019）『医業経営力～一段上を目指す拡大戦力から悔いのない承継まで～』幻冬舎。
- 須佐公子 ほか（2018）「介護老人福祉施設に勤務する看護職の職務上ストレスとバーンアウトとの関連」『医療マネジメント学会雑誌』Vol.19, Num.2, 日本医療マネジメント学会、pp.59-64。
- 拙稿（2019）「サービス・マーケティングとイノベーションについての小論」『融合』No.30、学外大学教授白門会、pp.29-32。
- 拙稿（2019）「医療サービスと薬局イノベーションの展開」『産業経済研究』第19号、日本産業経済学会、pp.98-108。
- 寺田貴美代（2014）「社会福祉領域におけるソーシャル・マーケティング概念の意義に関する考察」『新潟医福誌』13（2）、新潟医療福祉大学、pp.44-51。
- 豊田育子、国澤英雄、足立明隆（2014）『病院経営の戦略と戦術 —病院経営に企業経営の方法を活用して—』成文堂。



中川典子 (2017)「看護師の患者・家族の怒りへの対応の特徴」『日赤会誌』vol.17, No.1, pp.35-43。  
野中猛、野中ケアマネジメント研究会 (2017)『多職種連携の技術 ―地域生活支援のための理論と実践』中央法規。  
森一成、渡邊佑 (2019)『介護経営イノベーション』総合法令出版、第1章。  
松繁卓哉 (2010)『「患者中心の医療」という言説』立教大学出版会。  
山崎亮 (2019)『ケアするまちのデザイン ―対話で探る超長寿時代のまちづくり』医学書院。  
吉谷遼子 ほか (2018)「患者相談支援室運営状況からみた多職種連携の必要性」『日本医療マネジメント学会雑誌』Vol.19, Num.3, pp.7-11。

Panagioti M, Pahagopoulou E, Bowe P, et al (2017) Controlled interventions to reduce burnout in Physicians: A systematic review and meta-analysis, JAMA Intern Med, 177(2), pp.195-205.  
Perla, L., (2002) Patient compliance and satisfaction with nursing care delivery and recovery, Journal of nursing care quality, Vol.16, No.2, pp.60-66.

### 参照ホームページ

医師の「働き方改革」 厚生労働省検討会資料  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei\\_469190.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_469190.html) 2019年3月31日閲覧  
1週間の労働時間が週60時間を超える雇用者の増加 厚生労働省資料  
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000173612.pdf> 2019年3月31日閲覧  
医療機関の倒産 帝国データバンク  
<https://www.tdb.co.jp/report/watching/press/pdf/p190102.pdf> 2019年3月31日閲覧  
黒字病院・赤字病院の割合の推移  
一般社団法人全国公私立病院連盟、一般社団法人日本病院会「平成29年病院運営実態分析調査」  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20180301\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20180301_01.pdf) 2019年3月31日閲覧  
日本医療マネジメント学会医療福祉連携士  
<http://www.jhm.umin.jp/index-chc.html> 2019年5月31日閲覧

※ 本稿作成のために特に聞き取り調査は実施していないが、日本医療マネジメント学会会員の看護師、福祉スタッフ、日本社会薬学会会員の薬剤師との対話から得た知見が、本稿執筆の背景となっている。

(謝辞) 本稿はJSPS科研費 JP17K03987の助成を受けたものである。